

Antrag auf Kostenübernahme für eine molekularpathologische ESR1-Mutationsanalyse an einer Liquid Biopsy

Empfänger (Krankenkasse):	Absender (Patient(in)):
.....
.....
.....
.....
.....

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach der Diagnose eines Estrogenrezeptor (ER)-positiven, Her2-negativen fortgeschrittenen Mamma-Karzinoms befinde ich mich derzeit in ärztlicher Behandlung.

Hiermit beantrage ich, mir die Durchführung einer ESR1-Mutationsanalyse aus einer Blutprobe (Liquid Biopsy) zu bewilligen und eine verbindliche Zusage der Kostenübernahme zu erteilen. Am 20.09.2023 hat die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) das neue Medikament Orserdu (Elacestrant) zugelassen. Anwendungsgebiet ist die Monotherapie zur Behandlung von postmenopausalen Frauen sowie von Männern mit ER-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs mit einer aktivierenden ESR1-Mutation, deren Erkrankung nach mindestens einer endokrinen Therapielinie, einschließlich eines CDK 4/6-Inhibitors, fortgeschritten ist. Damit besteht unmittelbar das Erfordernis, die ESR1-Mutation als Biomarker für das Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie zu untersuchen. Die Zulassung sieht vor, dass die Testung dabei zwingend mittels Liquid Biopsy am Blut erfolgen muss.

Mit dem Zeitpunkt der EMA-Zulassung des Medikamentes habe ich einen Rechtsanspruch auch auf die begleitende Companion Diagnostik, hier ausschließlich als Liquid Biopsy. Da der Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) noch keine eigene Abrechnungsziffer geschaffen hat, bitte ich Sie, hiermit die Kosten für diese Leistung zu übernehmen.

Gleichzeitig bitte ich darum, von einer Kontaktaufnahme mit mir im Zusammenhang mit diesem Antrag abzusehen. Eine medizinische Beratung durch Sie als meine Krankenkasse wünsche ich derzeit nicht, da diese bereits durch von mir gewählte Ärzte meines Vertrauens erfolgt.

Des Weiteren erteile ich hiermit dem die Untersuchung durchführenden leistungserbringenden Pathologen/der leistungserbringenden Pathologin (MVZ HPH Institut für Pathologie und Hämatopathologie GmbH, Fangdieckstr. 75 A, 22547 Hamburg) die Vollmacht, das Antragsverfahren auf Kostenübernahme in meinem Namen zu führen. Hierzu zählt insbesondere auch die Durchführung von Rechtsmittelverfahren, soweit diese notwendig sind. Dies umfasst auch die Erteilung einer Untervollmacht an eine den leistungserbringenden Pathologen und auf dessen Kosten beauftragte Rechtsanwaltskanzlei.

Ich bitte darum, die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme ab sofort mit dem leistungserbringenden Pathologen/der leistungserbringenden Pathologin zu führen. Ich wäre Ihnen jedoch sehr verbunden, wenn Sie mich ebenfalls über Ihre Entscheidung zur Kostenübernahme in Kenntnis setzen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift Patient(in)